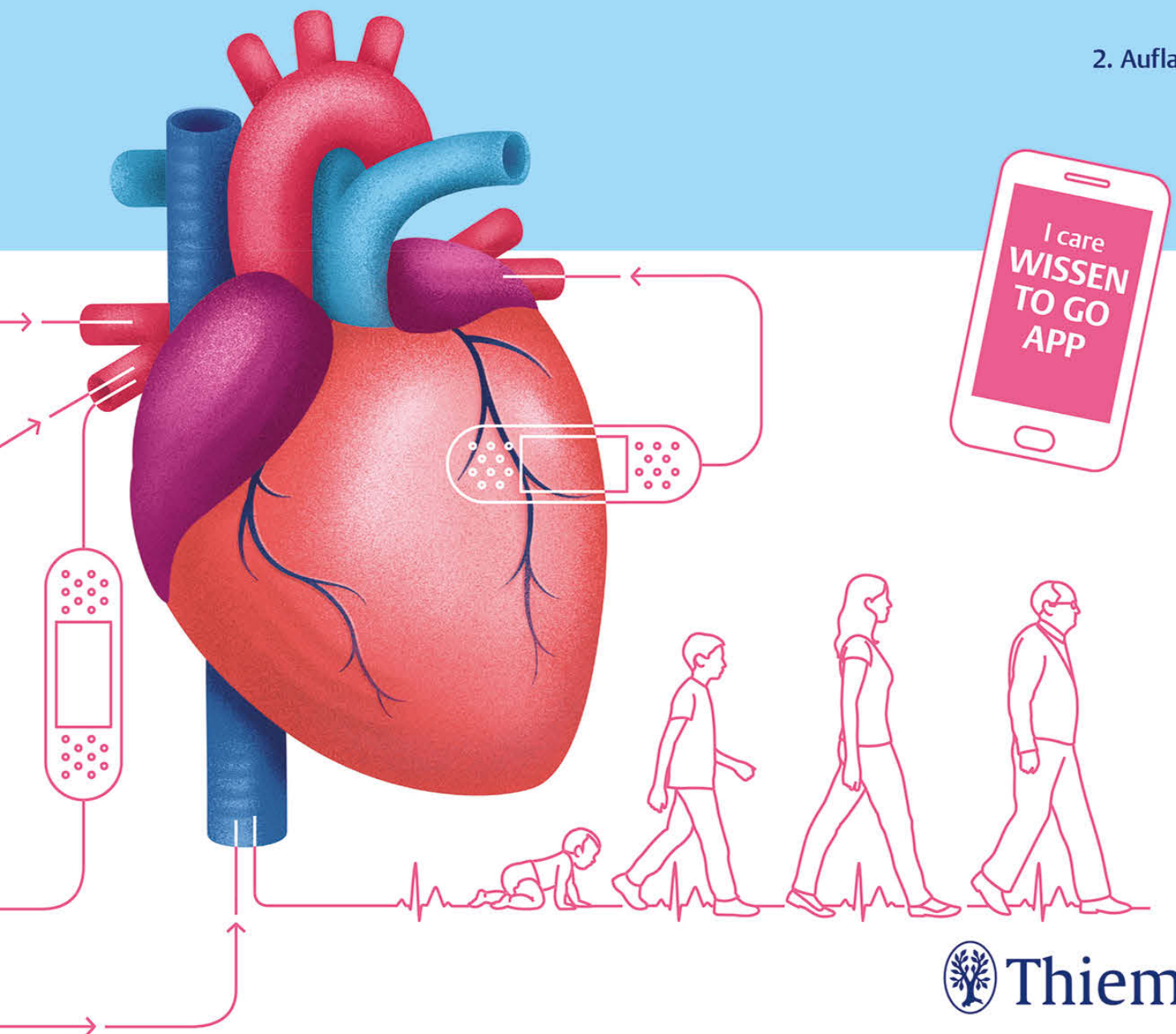


Pflege

I care

2. Auflage



39

Pflege von Menschen in der perioperativen Phase

39.1 Kompetent pflegen

In deutschen Kliniken wird tagtäglich operiert – vom „einfachen“ Kaiserschnitt bis hin zur hochkomplexen Transplantation eines Organs. Für die Mitarbeiter im jeweiligen Funktionsbereich gehören Ablauf und Verfahren zur Routine. Für die Patienten und ihre Bezugspersonen hingegen stellt eine Operation immer eine Ausnahmesituation dar. Im Rahmen der sog. „perioperativen Pflege“ unterstützen Pflegefachkräfte den Pflegeempfänger vor, während und nach der Operation. Sie begleiten ihn in dieser Zeit, die oft von Sorgen und Ängsten geprägt ist: Wie werde ich nach der Operation zu Hause zurechtkommen? Wache ich wieder aus der Narkose auf? Werde ich Schmerzen haben?

In diesem Kapitel lernen Sie u. a.,

- was das Fast-Track-Konzept ist und wie es den Patienten bei der Genesung hilft.
- wie Sie den Patienten in der präoperativen Phase bestmöglich begleiten können (z.B. Einüben postoperativer Fähigkeiten) und was alles zu organisieren ist.
- wie der Ablauf vom Abruf in den OP bis hin zum Aufwachen des Patienten im Aufwachraum verläuft.
- worauf Sie bei der postoperativen Pflege besonders achten müssen und wie die anschließende Überwachung auf der Station erfolgt.
- was die intraoperative Pflege im OP beinhaltet.
- worauf Sie beim Faden- oder Klammerzug achten müssen und wie sie diesen korrekt durchführen.

39.1.1 Grundlagen

Definition Operation

Eine Operation (OP) ist ein chirurgischer Eingriff in den Organismus eines Menschen.

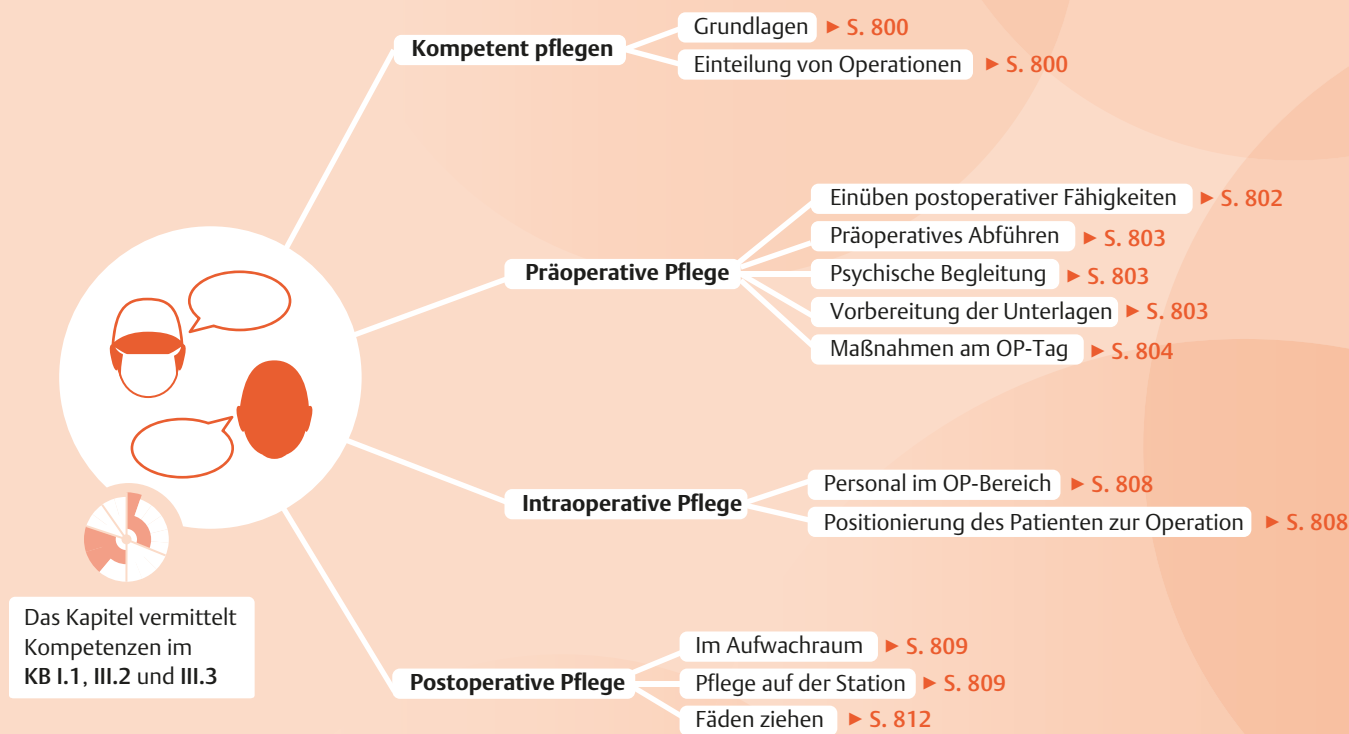
Operationen können sowohl **ambulant** (kleinerer Eingriff, z. B. Adenotomie beim Kind) als auch **stationär** erfolgen. Vorteile einer ambulanten Operation sind u. a., dass der Patient noch am selben Tag nach Hause entlassen wird. Es kommt seltener zu Wundinfektionen und auch die Belastung mit Krankenhauskeimen ist deutlich reduziert. Darüber hinaus können sich die meisten Patienten in ihrer gewohnten Umgebung besser erholen.

Muss ein **Kind** operiert werden und eine ambulante Operation ist nicht möglich, sollte immer ein Elternteil mitaufgenommen werden. Gerade für Kinder ist die Anwesenheit einer Bezugsperson besonders wichtig, um mit der ungewohnten Situation und den damit verbundenen Ängsten besser zurechtkommen. Operationen, die nicht zwingend im Kleinkindalter durchgeführt müssen, sollten ggf. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Ab dem Schulalter können Kinder die Situation besser verstehen und einordnen.

39.1.2 Einteilung von Operationen

Abgesehen von der Chirurgie, werden Operationen auch in anderen medizinischen Fachbereichen durchgeführt. Hierzu zählen u. a.:

- Dermatologie
- Gynäkologie
- Augenheilkunde



- Urologie
- HNO-Heilkunde

Die Einteilung der verschiedenen Operationen erfolgt dabei sowohl nach **Technik** (offene oder geschlossene bzw. minimalinvasive Operation) als auch nach **Dringlichkeit** (elektive Operation oder Notfalloperation). Die Einteilung nach Dringlichkeit wird nachfolgend beschrieben.

Elektive Operationen

Definition Elektive Operationen

„Elektiv“ bedeutet „auswählend“. In der Medizin sind mit elektiven Operationen solche gemeint, die medizinisch zwar indiziert sind, aber nicht umgehend durchgeführt werden müssen.

Bei geplanten, nicht dringlichen Eingriffen (z. B. Knie-OP bei Arthrose), die vorbereitet werden können, werden die Voruntersuchungen und Aufklärungsgespräche heute meist ambulant durchgeführt, da so die stationäre Verweildauer kürzer ist.

Voruntersuchungen

Zu den allgemeinen Voruntersuchungen gehören i. d. R. die Bestimmung des Blutbilds, der Gerinnungsfaktoren, der Elektrolyte und Enzyme sowie des Blutzuckers. Bei Operationen, bei denen ein höherer Blutverlust zu erwarten ist, wird zusätzlich die Blutgruppe bestimmt und eine Kreuzblutprobe (S. 634) durchgeführt.

Ergeben sich Hinweise darauf, dass der Patient z. B. kardiale oder pulmonale Schwierigkeiten haben könnte, erhält der Betroffene z. B. einen Röntgenthorax, ein EKG oder eine Abklärung der Lungenfunktion. Die Voruntersuchungen richten sich nach den internen Hausstandards. Sie dienen dazu, das Narkose- und Operationsrisiko durch möglicher-

weise bestehende Vorerkrankungen im höheren Lebensalter besser einschätzen und evtl. gegensteuern zu können.

Aufklärung und Einwilligung

Sowohl das chirurgische als auch das anästhesiologische Aufklärungsgespräch muss ein Arzt durchführen – es ist nicht delegierbar. Ärzte müssen über den geplanten Eingriff, mögliche Alternativen, mögliche Komplikationen und bestehende Risiken ausführlich aufklären. Anschließend muss der Patient Zeit haben, um sich mithilfe dieser Informationen für oder gegen die Operation zu entscheiden. Zeit heißt laut Gesetz: einen Tag zuvor; gleichwohl kann in dringenden Fällen die Zeit kürzer sein. Durch Unterzeichnung des Einverständniserklärungsformulars ist sein Einverständnis dokumentiert.

Kinder und Jugendliche • Bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr obliegt es den Erziehungsberechtigten, die Einverständniserklärungen zu unterzeichnen (nach Aufklärung). Jugendliche über 14 Jahre können schon selbst rechtswirksam einwilligen, allerdings muss der Arzt die Art und Schwere des konkreten Eingriffs berücksichtigen und von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Jugendlichen zur sachgemäßen Bewertung ausgehen können. Im Zweifelsfall sollte der Arzt sowohl die Zustimmung der Eltern als auch des Minderjährigen einholen.

Menschen unter Betreuung • Bei Patienten, die unter (gesetzlicher) Betreuung stehen, entscheidet der Betreuer im Anschluss an die Aufklärung über die Durchführung des geplanten Eingriffs. Er dokumentiert sein Einverständnis ebenfalls durch seine Unterschrift.

Notfalloperationen

Definition Notfalloperation

Bei einer Notfalloperation handelt es sich, wie das Wort „Notfall“ schon vermuten lässt, um einen ungeplanten, dringlichen Eingriff, der sich nicht aufschieben lässt, da das Leben des Patienten sonst akut gefährdet ist.

Hier obliegt es dem Operateur und dem Anästhesisten, welche Voruntersuchungen sie benötigen, um den Eingriff vorzunehmen. Ist der Patient nicht ansprechbar und konnte nicht rechtzeitig eine Einwilligung eingeholt werden (z. B. Polytrauma mit Hirnblutung), kommt die mutmaßliche Einwilligung in Betracht, d. h., der Wille des Patienten wird vermutet (oft gefasst unter dem Begriff „Notfallindikation“). Er wird in erster Linie aus den persönlichen Umständen des Betroffenen, aus seinen individuellen Interessen, Wünschen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen ermittelt. Siehe hierzu auch das Kap. „Rechtliche Grundlagen der Pflege“ (S. 170).



WISSEN TO GO

Präoperative Pflege – Grundlagen

- **perioperative Pflege:** pflegerische Versorgung vor, während und nach der Operation.
- **ambulant vor stationär:** Ist eine ambulante Operation möglich, ist diese der stationären Operation vorzuziehen (besonders bei Kindern).
- **Einteilung der Operationen:** nach Technik (offene oder geschlossene bzw. minimalinvasive Operation) und nach Dringlichkeit (elektive Operation oder Notfalloperation)
- **elektive Operation:** medizinisch indizierte OP, muss jedoch nicht sofort erfolgen
- **Aufklärung und Einwilligung:** Kinder bis 14 Jahre (Eltern übernehmen Einverständnis), Jugendliche > 14 Jahre können unter bestimmten Bedingungen schon selbst rechtswirksam einwilligen, bei betreuten Patienten entscheidet der (gesetzliche) Betreuer.
- **Notfalloperation:** dringlicher Eingriff, der sich nicht aufschieben lässt, da das Leben des Patienten sonst akut gefährdet ist. Bei nicht ansprechbaren Patienten wird die mutmaßliche Einwilligung vorausgesetzt.

Fast-Track-Chirurgie

Definition Fast-Track-Chirurgie

Unter „Fast-Track-Chirurgie“ versteht man ein therapeutisches Konzept, das durch die gezielte Anwendung verschiedener perioperativer Maßnahmen darauf abzielt, die Rekonvaleszenz (Genesung) des Patienten zu unterstützen und Komplikationen zu vermeiden. Eine andere Bezeichnung ist auch „Rapid Recovery“.

Die „Fast-Track-Chirurgie“ ist eine prinzipiell in der gesamten operativen Medizin einsetzbare, bisher v. a. aber in der Bauch- und Darmchirurgie validierte Kombination verschiedener perioperativer Maßnahmen.

Das Fast-Track-Konzept basiert auf mehreren Säulen:

- Vermeidung stressauslösender Faktoren (ausreichende Aufklärung des Patienten)
- optimale Schmerzbehandlung (Schmerzkatheter mit Schmerzperfusor bzw. Schmerzpumpe), die Patienten sind wacher und kooperativer, eine Nachbeatmung wird selten benötigt

- ausgewählter OP-Verlauf – kaum Drainagen und Sonden
- Anwendung minimalinvasiver Operationsmethoden (z. B. laparoskopische Eingriffe) (S. 802) → Ziel: kleinstmögliche Verletzung von Haut und Weichteilen
- Einschränkungen der Darmvorbereitung vor größeren Magen-Darm-Eingriffen
- frühzeitige Mobilisation
- frühzeitig enterale Ernährung

Die Fast-Track-Chirurgie ist nicht für jeden Patienten geeignet. Die Entscheidung, ob nach dem Fast-Trakt-Konzept gearbeitet oder konventionell (offenes Operationsverfahren) vorgegangen wird, obliegt dem behandelnden Chirurgen.

Laparoskopie

Definition Laparoskopie

Eine Laparoskopie ist ein minimalinvasiver endoskopischer Eingriff zur Diagnose und Therapie von Krankheiten in der Bauch- oder der Beckenhöhle; in letzterem Fall spricht man auch von einer Pelviskopie.

Über eine Kanüle, die über den Bauchraum gelegt wird, wird Kohlendioxidgas in die Bauch- bzw. Beckenhöhle eingebracht und gebläht, um die eng aneinanderliegenden Bauchorgane voneinander zu lösen und Platz zum Operieren zu schaffen. Durch einen kleinen Bauchschnitt wird das Laparoskop eingeführt. Der Bauchraum und die Organe können damit betrachtet werden. Bei Bedarf werden Gewebeproben entnommen oder es wird chirurgisch interveniert, z. B. werden Verklebungen gelöst, Zysten abgetragen. Der Eingriff wird in Vollnarkose durchgeführt.

39.2 Präoperative Pflege

Definition Präoperative Pflege

Unter dem Begriff „präoperative Pflege“ versteht man alle pflegerischen Tätigkeiten und Handlungen, die **vor** einer Operation durchgeführt werden.

Ziel der präoperativen Phase ist es, den Patienten optimal auf die geplante Operation vorzubereiten und dadurch mögliche Risiken und Komplikationen nach Möglichkeit auszuschließen. Der Patient wird dabei gezielt in die präoperativen Vorbereitungen einbezogen und gewinnt durch das Einüben postoperativer Fähigkeiten an Sicherheit. Dies kann Ängste reduzieren und sich positiv auf die Genesung auswirken.

39.2.1 Einüben postoperativer Fähigkeiten

Um Komplikationen wie eine Thrombose, Pneumonie, Stürze oder bewegungsbedingte Schmerzen nach der Operation zu vermeiden, können Pflegefachkräfte gemeinsam mit dem Patienten bereits präoperativ Fähigkeiten und Techniken einüben, die postoperativ notwendig sind. Lernt der Patient bereits vor der Operation, wie er z. B. en bloc aus dem Bett aufsteht oder wie er mit Unterarmgehstöcken gehen kann, gibt ihm diese Vorbereitung deutlich mehr Sicherheit und erleichtert die spätere Umsetzung (► Abb. 39.1).

Folgende Fähigkeiten und Techniken können u. a. präoperativ mit dem Patienten eingeübt werden:

- postoperative Mobilisation (En-bloc-Aufstehen)
- Anwendung eines Atemtrainers, einfache Atemübungen und Hustentechniken (leichter Gegendruck auf Wunde)

Abb. 39.1 Übung macht den Meister.



Fähigkeiten, die postoperativ wichtig sind, sollten präoperativ eingeübt werden, um dem Patienten mehr Sicherheit nach der OP zu geben. Foto: K. Oborny, Thieme

- Anheben des Gesäßes (bei alten Menschen)
- Essen und Trinken in Rückenlage
- einfache Gymnastikübungen (Steigerung des venösen Rückflusses der Beine)
- Gebrauch von Hilfsmitteln
- Gehen mit Unterarmgehstützen/Gehwagen
- Umgang mit dem Rollstuhl

Da bei elektiven Operationen die präoperative Phase häufig ambulant erfolgt, ist es z. T. schwierig, die postoperativ benötigten Fähigkeiten und Techniken vorab einzuüben. Nur bei größeren Eingriffen, z. B. großen abdominalen Operationen, werden die Patienten oft bereits einige Tage vor der OP stationär aufgenommen. Pflegefachkräfte sollten deshalb darauf achten, dass sie trotz der ggf. nur sehr kurzen Vorbereitungszeit schrittweise und einfühlsam vorgehen und Hektik vermeiden. Sonst kann es schnell zur Überforderung kommen. Eventuell lassen sich auch Physio- oder Ergotherapeuten oder auch Bezugspersonen mit in die präoperativen Übungen einbeziehen.

39.2.2 Präoperatives Abführen

Ob und wie präoperativ abgeführt wird, richtet sich nach der Art des geplanten Eingriffs und dem jeweiligen Standard der Klinik (► Abb. 39.2).

Über das präoperative Abführen kann einer intraoperativen Inkontinenz (bedingt durch die Erschlaffung verschiedener Muskeln und Sphinkter durch die Narkose) und erhöhten Flatulenzen vorgebeugt werden. Außerdem erleichtert es bei großen Operationen auch die postoperative Stuhlentleerung.

- **Eingriffe außerhalb des Intestinaltrakts** (z. B. an den Extremitäten, am Kopf oder am Hals): Hier wird manchmal mittels Mikroklist eine Leerung der Rektumampulle am Operationsvorabend oder -morgen empfohlen, um eine intraoperative Defäkation während der Narkoseeinleitung und Operation zu vermeiden.
- **Eingriffe im oberen Intestinaltrakt mit Eröffnung des Peritoneums** (z. B. Magen, Dünndarm, Galle): Auch hier wird ein Klistier über ein Darmrohr zur Dickdarmentleerung empfohlen, um bei einem versehentlichen Verletzen des

Darmes das Peritonitisrisiko zu senken. Eventuell wird am Operationsvortag morgens ein orales Laxans angeordnet (abhängig vom Klinikstandard).

- **Eingriffe am Dickdarm** (z. B. Kolektomie, Hemikolektomie, Rektumexstirpation): Manchmal erhält der Patient 1–2 Tage vor der Operation nur noch flüssige Kost (Tee, Suppe, Trinknahrung). Die früher gängige orthograde Darmlavage, bei der der Patient am Vortag der Operation zur mechanischen Reinigung des Darms 2 Liter einer Spüllösung (z. B. Endofalk) und 2 Liter klare Flüssigkeit (z. B. Wasser, Brühe, Kamillentee) trinken und anschließend abführen muss, wird heute nur noch selten durchgeführt, z. B. bei Anlage eines Stomas.

39.2.3 Psychische Begleitung

Jeder Patient hat vor einer Operation mit mehr oder weniger starken Ängsten zu kämpfen, z. B., nicht mehr aus der Narkose aufzuwachen, oder der Angst vor starken Schmerzen nach der Operation. Auch die Grunderkrankungen können ursächlich für verschiedene Ängste sein, z. B. Angst aufgrund einer schlechten Prognose durch histologischen Befund.

Die Aufgabe der Pflegefachkräfte liegt in der präoperativen Beobachtung und Begleitung des Patienten. Nur einfühlsame Betreuung und Gesprächsbereitschaft können die Ängste des Patienten in der präoperativen Phase erfassen. Darüber hinaus sollten Pflegefachkräfte den Patienten altersentsprechend über alle Schritte in der Vorbereitungsphase informieren. Sie sollten ihn über den Ablauf aufklären und versuchen, alle Fragen zu beantworten. Nur so können sie Vertrauen aufbauen und die nötige Sicherheit vermitteln. Auch Entspannungsübungen, bewusste Atemübungen oder Teilbäder mit z. B. Melisse oder Lavendel können helfen, Ängste besser zu verarbeiten.

Der Arzt sollte über die Beobachtungen informiert und ggf. über die weitere Vorgehensweise gesprochen werden. Bei starken Angstzuständen müssen evtl. angstreduzierende Medikamente wie Anxiolytika (auch Ataraktika oder Minor Tranquilizer genannt) verabreicht werden.

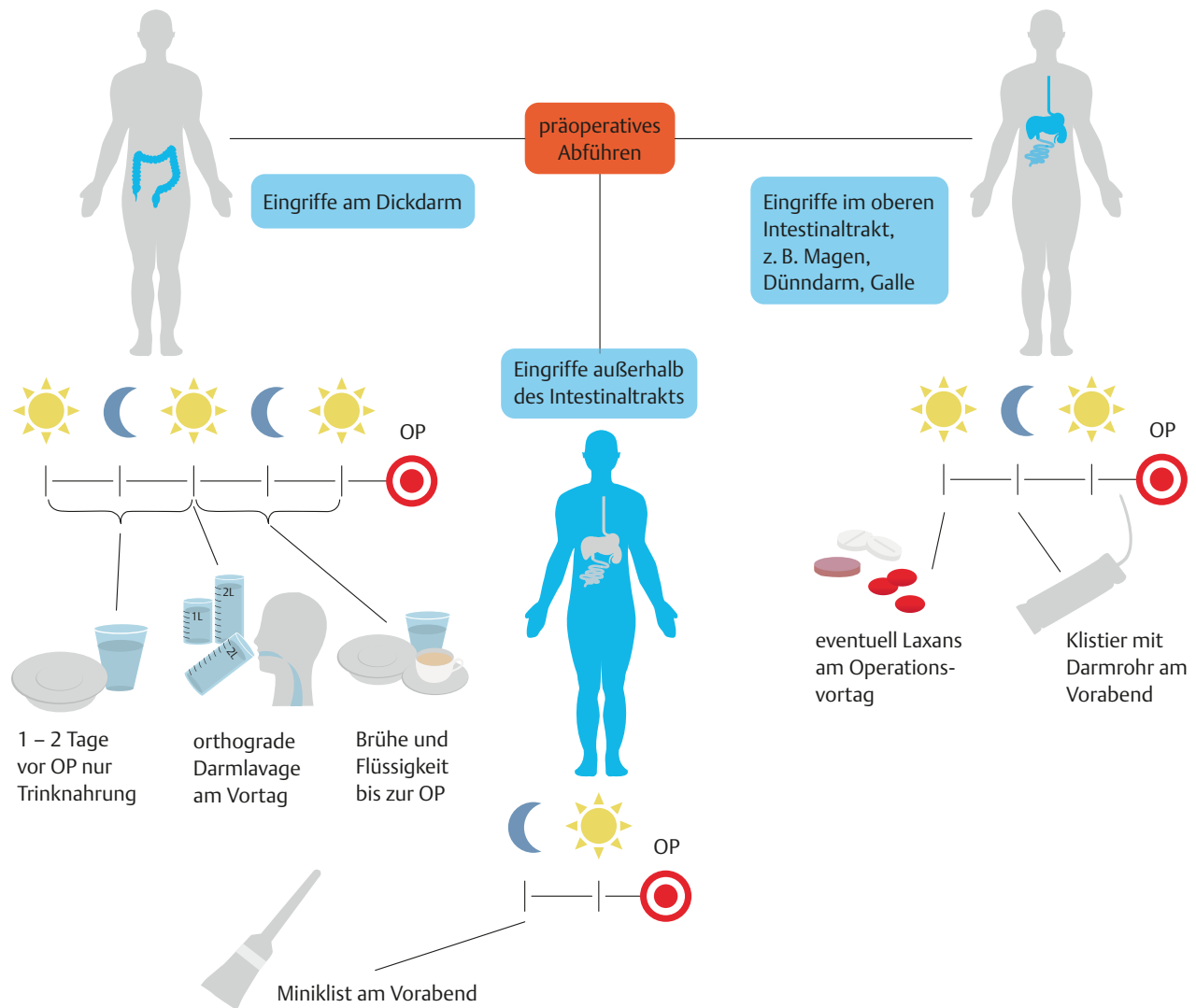
39.2.4 Vorbereitung der Unterlagen

Am Tag vor der Operation müssen alle notwendigen Unterlagen vollständig bereitgelegt werden (vor der Prämedikationsvisite). Diese umfassen folgende Dokumente:

- Patientenkurve
- Einverständniserklärungen (Operation, Narkoseverfahren)
- Anästhesieprotokoll mit Prämedikationsanordnung
- alle aktuellen Befunde (Labor, Röntgenbilder, EKG usw.)
- alle alten Arztbriefe, Unterlagen des Patienten
- falls vorhanden, die präoperative Checkliste (Hausstandard beachten)
- Vorhandensein des Patientenidentifikationsarmbändchens überprüfen (wird meist direkt bei Aufnahme am Handgelenk befestigt)

Checklisten anwenden • Viele Einrichtungen verwenden bereits OP-Checklisten, in denen alle notwendigen präoperativen Maßnahmen aufgeführt sind und die Pflegefachkraft jeden durchgeführten Schritt mit Handzeichen abzeichnen muss. Checklisten ermöglichen einen sicheren, reibungslosen Ablauf bis zum Beginn der Operation.

Abb. 39.2 Präoperatives Abführen.



Je nach Lokalisierung des Eingriffes bedarf es einer anderen Vorbereitung des Patienten. Bei einem Eingriff am Magen-Darm-Trakt ist eine gründliche Darmreinigung erforderlich.



WISSEN TO GO

Allgemeine präoperative Vorbereitung

- präoperative Pflege: alle pflegerischen Tätigkeiten und Handlungen, die **vor** einer Operation durchgeführt werden
- Bereits vor der Operation sollten Pflegefachkräfte gemeinsam mit dem Patienten postoperative Fähigkeiten einüben (fördert Sicherheit und Kooperation).
- Die präoperativen Abführmaßnahmen richten sich nach dem geplanten Eingriff und dem hausinternen Standard.
- psychische Situation des Patienten beobachten und altersentsprechend über Abläufe aufklären. Gespräche anbieten, Patienten mit seinen Sorgen und Ängsten ernst nehmen. Gggebenenfalls zu einfachen Atem- und Entspannungsbungen anleiten.
- Für die OP wichtige Unterlagen am Tag vor der Operation vorbereiten und bereitlegen.
- Vorhandensein des Patientenidentifikationsarmbändchens überprüfen (wird meist direkt bei Aufnahme am Handgelenk befestigt)

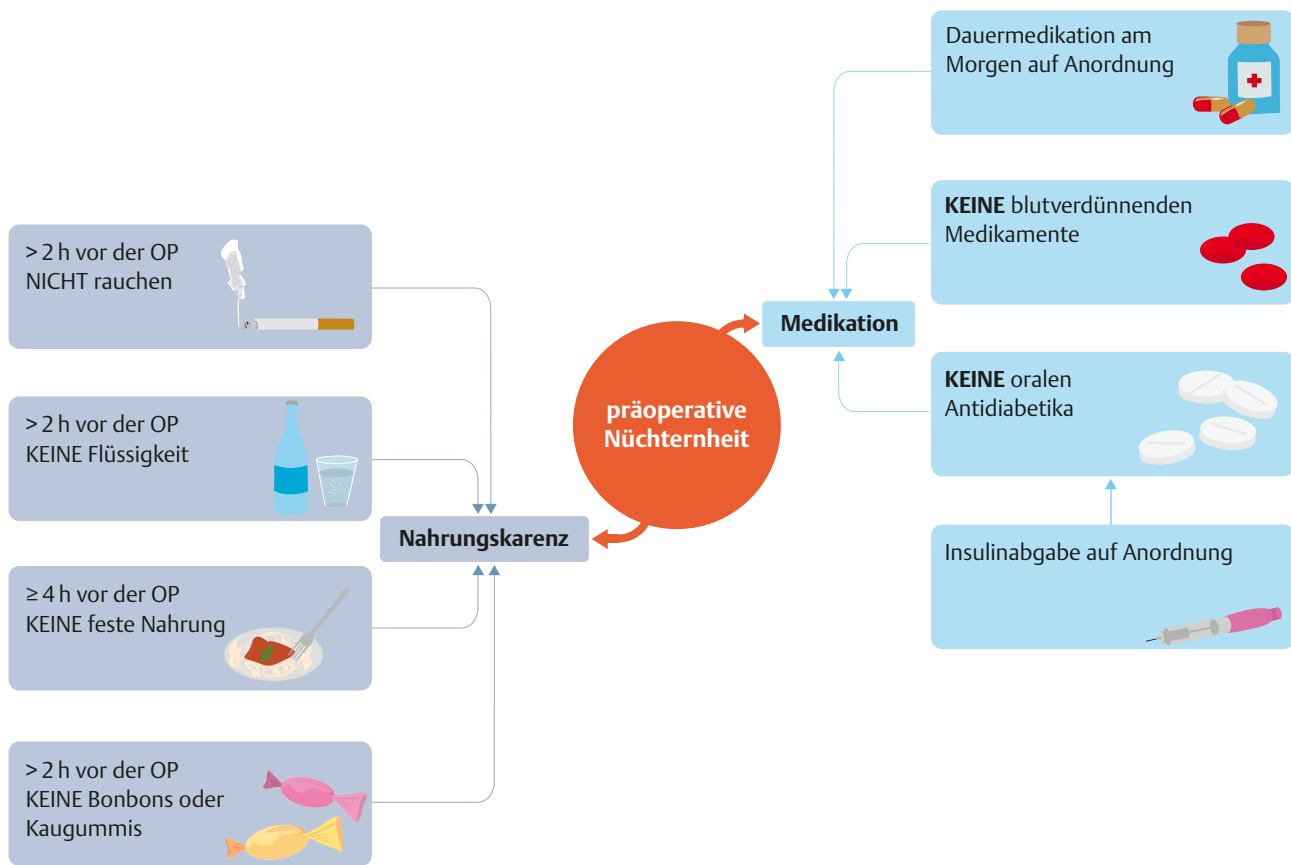
39.2.5 Maßnahmen am OP-Tag

Präoperative Nüchternheit

Um bei der Narkoseeinleitung eine Aspiration von Mageninhalt zu verhindern, sollte vor Operationen eine Nahrungskarenz von mind. 4–6 h eingehalten werden. Eine präoperative Flüssigkeitsgabe (Glukosedrink) ist bis 2 Stunden vor Operationsbeginn möglich. Orale Glukoselösungen führen außerdem zu einer Verbesserung des postoperativen Wohlbefindens. Dabei müssen Pflegefachkräfte auf die hausinternen Vorgaben der Anästhesie achten. In der Praxis werden die meisten Patienten ab 0 Uhr des Operationstags nüchtern gelassen. Bei Kindern und alten Menschen müssen Pflegefachkräfte besonders darauf achten, dass die parenterale Flüssigkeitszufuhr gewährleistet ist. Bei Säuglingen entscheidet der Anästhesist, wann das letzte Mal gestillt werden darf. So können Komplikationen durch einen Flüssigkeitsmangel verhindert werden. ► Abb. 39.3 zeigt die Maßnahmen in der Übersicht.

Besonderheiten bei Kindern • Kinder < 1 Jahr können bis zu 4 Stunden vor OP Muttermilch bzw. 4–6 Stunden vor OP Formulanahrung erhalten. Kinder > 1 Jahr sollten eine präope-

Abb. 39.3 Präoperative Nüchternheit.



Anforderungen an Nahrungs-, Flüssigkeits- und Medikamentenkarenz im Überblick.

relative Nahrungskarenz von 6 Stunden einhalten. Bis zu 2 Stunden vorher darf noch (klare) Flüssigkeit getrunken werden.

ACHTUNG

Süßigkeiten sollten bei Kindern präoperativ aus dem Nachttisch entfernt werden, sofern Zweifel bestehen, dass sie die Dringlichkeit der Nahrungskarenz vollumfänglich verstehen.

Besonderheiten bei kognitiven Einschränkungen • Bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen (z. B. Patienten mit Demenz oder Menschen mit geistiger Behinderung) müssen Pflegefachkräfte darauf achten, dass keine Nahrungsmittel und Getränke während der Nüchternphase in Reichweite stehen. Sie sollten Besucher über die Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz informieren, damit sie nicht versehentlich oder unwissentlich Nahrung oder Flüssigkeit geben. Dasselbe gilt für Kleinkinder. Auch beim Zähneputzen am Morgen sollten Pflegefachkräfte darauf achten, dass der Patient nicht das Zahnputzwasser trinkt. Besonders bei Kindern und bei Patienten mit einer demenziellen Erkrankung kann dies bei großem Durstgefühl vorkommen.

Präoperative Haarentfernung

Trotz diverser Studien, die sich mit dem Thema „präoperative Haarentfernung“ beschäftigen, gibt es keine konkrete Evidenz für oder gegen eine Haarentfernung. Der Chirurg muss von Fall zu Fall entscheiden, ob diese notwendig ist oder nicht. Gründe, die für eine Haarentfernung sprechen, sind z. B. starke Behaarung des Patienten (schlechte Sicht), Vermeidung von Kontamination durch lange Haare, bessere An-

haftung selbstklebender OP-Abdecktücher, bessere postoperative Wundversorgung mit Wundauflagen.

Wird eine Haarentfernung angeordnet, wird diese kurz vor dem Eingriff (geringeres Infektionsrisiko) mithilfe eines Clippers gekürzt. Bei geringer Behaarung ist prinzipiell auch eine chemische Depilation mit einer Enthaarungscreme möglich, allerdings können hier vermehrt Hautirritationen oder allergische Reaktionen auftreten (RKI 2018).

! Merke Keine Rasur

Von einer Rasur, z. B. mit einem Einmalrasierer, sollte abgesehen werden, da es durch die Rasur zu Mikroverletzungen der Haut kommen kann und die Infektionsgefahr dadurch steigt.

Regeln • Bei der Haarentfernung im Operationsgebiet sollten folgende Regeln berücksichtigt werden:

- Die Haare sollten mind. 30 cm um das Operationsgebiet herum entfernt werden. Hausübliche Rasurschemata beachten.
- Auf Hautunebenheiten (z. B. Pickel, Blasen) und Hautfalten achten.
- Bei Hautfalten sollte das Hautareal zunächst mit der 2. Hand gestrafft werden, bevor die Haare entfernt werden.
- Bei unklaren Bauchoperationen Haare großzügig entfernen, da das Operationsgebiet während der OP möglicherweise erweitert wird.
- Bei Operationen am Schädel gilt der Grundsatz: so viel wie nötig, so wenig wie möglich. Aus kosmetischen Gründen sollten möglichst keine Deckhaare oder Augenbrauen rasiert werden.

- Bei Hauttransplantationen oder Bypass-Operationen muss immer auch das Entnahmegebiet in die präoperative Vorbereitung einbezogen werden.
- Empfindet der Patient die Haarentfernung als schmerzhaft (z. B. bei Abszessen oder Frakturen), sollte mit dem zuständigen Arzt abgeklärt werden, ob die Haarkürzung in Narkose möglich ist.

Körperreinigung und Hygiene

Ziel der präoperativen Körperreinigung und Hygiene ist es, die Anzahl der Hautkeime auf ein Minimum zu reduzieren und so zur Infektionsprophylaxe beizutragen. Abhängig vom Allgemeinzustand und von der körperlichen Belastbarkeit des Patienten, sollte die Pflegefachkraft gemeinsam mit dem Patienten entscheiden, ob dieser duschen möchte (Vorabend oder OP-Morgen) oder eine Körperpflege im Bett besser ist. Säuglinge werden meist gebadet. Die Pflegefachkraft unterstützt den Patienten dabei nach Bedarf (► Abb. 39.4).

Regeln

- Bei der Körperreinigung sollten Pflegefachkräfte besonders vor Bauchoperationen auf die Reinigung des Nabelbereichs und auf eine gründliche Körperpflege bei bestehenden Hautfalten achten.
- Haut nicht eincremen (schlecht für Desinfektion)
- nach der Körperreinigung am OP-Tag frische Kleidung anziehen (meist Patientenhemd, Netzhose, Vorlage, nach Anordnung und Hausstandard medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe [MTPS] anziehen, s. u.)
- Nagellack vor OP entfernen (Grund: An einer Blaufärbung der Nägel kann man einen Sauerstoffmangel erkennen; Zyanose). Auch liefert die Pulsoxymetrie (Sauerstoffsättigung des Blutes über einen Fingerclip) nur ohne Nagellack oder Gelnägel verlässliche Werte.
- Möglichst auf Make-up verzichten (die Hautfarbe ist während der Narkose ein wichtiger Beobachtungsaspekt).
- Schmuck und Piercings entfernen (Hygiene- und Unfallverhütungsgründe, zumal während vieler Operationen mit Strom gearbeitet wird)

Thromboseprophylaxe

Am Operationstag selbst erhält der Patient keine medikamentöse Thromboseprophylaxe (z. B. Heparin). Sollte er noch keine medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfe

Abb. 39.4 Körperreinigung.



Ist der Patient stabil, kann er am Vorabend oder am OP-Morgen duschen. Die Pflegefachkraft unterstützt ihn dabei nach Bedarf.

Foto: A. Fischer, Thieme

(S.420) (MTPS) erhalten haben, müssen Pflegefachkräfte mit dem behandelnden Arzt die prophylaktische Kompressionstherapie absprechen. Werden MTPS angeordnet, ermitteln Pflegefachkräfte die korrekte Größe durch Ausmessen (S.420) und unterstützen den Patienten beim Anziehen bzw. übernehmen dies. Bei ambulanten Operationen erhält der Patient die MTPS vor dem Verabreichen der Prämedikation.

Prämedikation

Die Prämedikation dient der Anxiolyse (Angstlösung) und Sedierung (Beruhigung) des Patienten und erleichtert die Einleitung der Narkose. Den Zeitpunkt, zu dem die Prämedikation verabreicht werden soll, legt der Anästhesist in der Prämedikationsvisite fest. Er bestimmt die Art des Medikaments, die Menge und den Verabreichungszeitpunkt. Zudem ordnet er an, wie mit der bisherigen Medikation des Patienten (Dauermedikation) verfahren werden soll, welche Medikamente er rechtzeitig absetzen muss (z. B. ASS zur Blutverdünnung oder orale Antidiabetika) und welche Medikamente er auch am OP-Tag noch einnehmen muss. All das ist im Anästhesieprotokoll dokumentiert. Kinder erhalten in der Regel eine Prämedikation.

ACHTUNG

Eine Prämedikation mit Benzodiazepinen sollte besonders bei älteren Menschen kritisch hinterfragt werden. Studien zeigen, dass die Gabe von Benzodiazepinen zur Anxiolyse keinen direkten Nutzen bringt. Hinzu kommt, dass sich die Aufwachzeit durch Benzodiazepine verlängert und die kognitive Erholung länger dauert (Rossaint et al. 2017).

Bevor die Pflegefachkraft am OP-Tag die angeordnete Prämedikation verabreicht, kontrolliert sie nochmals,

- ob die Haarentfernung im OP-Gebiet korrekt und ausreichend ist,
- dass der Patient frische Kleidung und MTPS nach Anordnung trägt,
- dass der Patient eine reizlose, problemlos befahrbare Venenverweilkanüle (VVK) liegen hat (bei Kindern vor Anlage der VVK Emla-Pflaster kleben)
- dass der Patient sein korrektes, gut lesbares Patientenidentifikationsarmband trägt und fragt,
- ob der Patient noch mal zur Toilette möchte, um Blase und/oder Darm zu entleeren.

Erst wenn der Patient wieder in seinem Bett liegt, erhält er die Prämedikation. Aufgrund der sedierenden Wirkung sollte der Patient engmaschig beobachtet werden.

! Merke Sturzgefahr

Aufgrund der erhöhten Sturzgefahr darf der Patient nach der Einnahme der Prämedikation nur in Begleitung aufstehen!

Transport und Übergabe

Der Transport in die Operationsabteilung erfolgt entweder nach einem festgelegten Zeitplan oder nach Abruf durch das Operationspersonal. Zahnprothesen, Körperprothesen und Wertgegenstände werden kurz vor dem Transport abgelegt. Pflegefachkräfte sollten sicherstellen, dass die Gegenstände sachgerecht entfernt und aufbewahrt werden. Ausnahmen sind Perücken und Haartoupets (Schamgefühl), ebenso wie Seh- oder Hörhilfen (bei ausgeprägter Seh- oder Hörschwäche). Diese sollten erst im Operationsvorraum entfernt werden. Alle gerichteten OP-Dokumente (S.803) des Patienten

werden mitgenommen. Je nach Operation müssen ggf. auch Lagerungsmittel, Bauchbinden usw. mitgeführt werden, damit der Patient postoperativ korrekt positioniert werden kann.

Im Eingangsbereich der OP-Abteilung erfolgt das sog. „Einschleusen“. Kinder werden i. d. R. von ihren Bezugspersonen bis zur Schleuse begleitet. Die Schleuse trennt den allgemeinen Krankenhausbereich vom Operationsbereich. Hier wird der Patient vom Operationsfachpersonal übernommen und auf dem Operationstisch positioniert. Bei der Übergabe

- stellt die Pflegefachkraft den Patienten vor,
- nennt den Namen des Patienten,
- die geplante Operation und
- andere wichtige Besonderheiten.

Das dient v. a. dazu, Verwechslungen zu vermeiden. Danach verabschieden sie sich vom Patienten und nehmen das Bett mit aus der Schleuse.

Sollte das Patientenbett am Morgen noch nicht komplett frisch bezogen worden sein, können Pflegefachkräfte das nun machen (das saubere Bett vermeidet eine Verschleppung der Keime). In vielen Kliniken stehen im Bettenlagebereich Wäscheabwurfbehälter und ein Wäschewagen mit frischer Bettwäsche bereit. Wenn der Patient erst am Vortag oder am Morgen aufgenommen wurde, muss das Bett nicht neu bezogen werden.

► **Abb. 39.5** zeigt alle Maßnahmen am OP-Tag in der Übersicht.

Präoperative Schmerzkatheter

Gegebenenfalls können bereits präoperativ Schmerzkatheter (z. B. lumbaler oder thorakaler Periduralkatheter) notwendig sein. Diese können zu Beginn der präoperativen Phase oder direkt zu OP-Beginn im Narkoseeinleitungsraum durch die Anästhesie gelegt werden. Die Aufgabe des Pflegepersonals in der Anästhesie besteht in der Vorbereitung und in der Arztassistenz sowie der Patientenbetreuung bei der Anlage.



WISSEN TO GO

Vorbereitungen am OP-Tag

- **Nahrungskarenz:**
 - i. d. R. 4–6 h (4 h keine feste Nahrung, 2 h keine Flüssigkeit)
 - meist ab 0 Uhr des OP-Tages nüchtern bleiben → hausinterne Vorgaben beachten
- **Haarentfernung im OP-Gebiet:**
 - Kürzung der Körperhaare nach Anordnung mit einem Clipper, hausinterne Vorgaben beachten
 - nicht rasieren, kann zu Mikroverletzungen der Haut führen (erhöht Infektionsgefahr)
- **Präoperative Körperreinigung:**
 - Duschen, sofern Patient stabil ist, sonst Körperpflege im Bett (nach Bedarf unterstützen)
 - Nabelbereich bei Bauchoperationen reinigen, Nagellack, Schmuck oder Piercings entfernen
 - persönliche Gegenstände und Hilfsmittel vor dem Transport in den OP sicher verwahren, ggf. notwendige Hilfsmittel beim Patienten belassen, falls sonst die Kommunikation stark beeinträchtigt ist
- MTPS ausmessen und anziehen, Patientenhemd anlegen; fragen, ob Patient zur Toilette muss
- Patient darf nach der Gabe der Prämedikation aufgrund der erhöhten Sturzgefahr nicht mehr allein aufstehen.
- **Transport in den OP:** nach Zeitplan oder Abruf, neben allen OP-Dokumenten ggf. Lagerungsmittel, Bauchbinden mitnehmen
- Im **Schleusenbereich** den Patienten dem OP-Personal mit Namen, geplanter Operation, Besonderheiten und Station vorstellen.

Abb. 39.5 Maßnahmen am OP-Tag.



Maßnahmen am OP-Tag in der Übersicht.